

Groepsgewijze ambulante alcoholdetoxificatie: eerste resultaten

Boukje A.G. Dijkstra, Herm Kisjes en Cor A.J. de Jong *

Alcoholgebruik is wijd verspreid in de Nederlandse samenleving. Slechts 0,3% van de mensen met alcoholmisbruik of alcoholafhankelijkheid klopt aan bij de verslavingszorg. In de praktijk blijkt er een groot verschil te bestaan tussen intramurale en individuele ambulante detoxificatie. Om dit hiaat op te lossen heeft Novadic-Kentron een zesweekse, geprotocolleerde, ambulante en groepsgerichte behandeling ontwikkeld en onderzocht. De resultaten laten zien dat patiënten een maand na de behandeling zowel minder dagen als minder glazen alcohol per dag drinken. Van de patiënten die begonnen met de behandeling waren er 20 van de 33 abstinent, vier weken na de module. Patiënten ervaarden na de behandeling minder klachten in het algemeen en met betrekking tot somatische klachten, depressieve stemming en angst. Ook rapporteerden zij een significante toename van de kwaliteit van leven. Geconcludeerd kan worden dat de gevonden behandel effecten klinisch relevant zijn en dat de ontwikkelde groepsgewijze ambulante detoxificatiemodule een oplossing biedt voor het hiaat dat geconstateerd werd in het aanbod van alcoholdetoxificatie.

Inleiding

Hans is een vijftigjarige gescheiden man die afhankelijk is van alcohol. Hij drinkt dagelijks circa anderhalve fles wijn.

* Dr. B.A.G. Dijkstra is senior onderzoeker en beleidsmedewerker bij Novadic-Kentron te Vught. E-mail: boukje.dijkstra@novadic-kentron.nl.
H. Kisjes is nurse-practitioner bij Novadic-Kentron te Vught en docent bij Fontys Hogeschool Verpleegkunde te Eindhoven.
Prof. dr. C.A.J. de Jong is wetenschappelijk directeur van het Nijmegen Institute for Scientist-Practitioners in Addiction van de Radboud Universiteit te Nijmegen.

Hans is docent op een middelbare school en heeft al een jaar problemen op zijn werk. Hij komt regelmatig te laat en rook een keer naar alcohol. Op aandringen van zijn 23-jarige dochter maakt hij een afspraak met zijn huisarts, die hem doorstuurt naar Novadic-Kentron. Na een intakegesprek kan hij beginnen met de behandelingsmodule groepsgewijze ambulante detoxificatie. Hans ziet erg op tegen het stoppen met drinken en heeft geen idee hoe hij zijn leven kan invullen zonder alcohol.

Bij aanvang van de module heeft Hans diverse psychische klachten, zoals somberheid, slechte concentratie, onrust, levendig dromen en vermoeidheid. Door de behandelend arts wordt voor de eerste week van de alcoholontgifting 10 mg chloordiazepoxide voorgeschreven (zonodig driemaal daags een tablet) waarvan Hans uiteindelijk zeven tabletten inneemt. Daarnaast wordt thiaminesuppletie voorgeschreven. De groepsgesprekken zijn erg steunend. Tijdens de individuele gesprekken wordt concreet aandacht besteedt aan de dagplanning van Hans.

Na drie weken abstinente van alcohol zijn de psychische klachten verminderd. Hans heeft eenmaal een uitglijder gehad; deze is tijdens een groepsbijeenkomst besproken met behulp van de functieanalyse. Hans heeft meer energie,ervaart meer zelfvertrouwen in een leven zonder alcohol en waardeert de complimenten vanuit zijn omgeving. Ook op zijn werk gaat het weer goed. Daar staat tegenover dat hij niet tevreden is met zijn financiën en last heeft van rugklachten. In samenspraak met zijn behandelaar wordt een plan opgesteld voor zijn financiën en krijgt Hans een verwijzing naar een fysiotherapeut voor diagnostiek en behandeling.

Alcoholgebruik is wijd verspreid in de Nederlandse samenleving. Van de Nederlandse bevolking tussen de 18 en 64 jaar voldoet 0,7% (82.400 personen) aan de diagnostische criteria voor alcoholafhankelijkheid en 3,7% (395.600 personen) aan die van alcoholmisbruik (twaalfmaandsprevalentie DSM-IV; Graaf, Ten Have & Van Dorsselaer, 2010). Slechts 0,3% (33.205 personen) stond in 2008 geregistreerd bij de ambulante verslavingszorg met als primaire problematiek alcoholgebruik (Ouwehand e.a., 2010). Het merendeel van deze personen is man (74%) en de gemiddelde leeftijd is 45 jaar.

Aanmelding van patiënten kan leiden tot het beginnen met een intramurale of ambulante detoxificatiebehandeling. De keuze voor een intramurale of ambulante detoxificatie wordt genomen vanuit de wegingsfactoren die staan beschreven in de Richtlijn detox van GGZ Nederland (De Jong, Van Hoek & Jongerhuis, 2004). Omdat ambulante behandeling goedkoper is dan intramurale behandeling en daardoor kosteneffectiever kan zijn, wordt aanbevolen ambulant te detoxificeren als de patiënt geen ernstige medisch-psychiatrische comorbiditeit, sociale desintegratie en/of ernstige afhankelijkheid heeft. In de praktijk blijkt er een groot verschil te bestaan tussen intramurale en ambulante detoxificatie. Bij een intramurale behandeling zijn patiënten 24 uur per dag opgenomen, terwijl bij een ambulante behandeling een patiënt ongeveer een uur per week contact heeft met zijn behandelaar. Novadic-Kentron te Vught ontwikkelde een geprotocolleerde, ambulante en groepsgerichte behandeling om het hiaat tussen individuele ambulante en intramurale detoxificatie op te vullen. Voor de inhoudelijke ontwikkeling van dit behandelprotocol is gebruik gemaakt van de huidige Richtlijn detox (De Jong e.a., 2004) en de Multidisciplinaire richtlijn stoornissen in het gebruik van alcohol (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling GGZ, 2009). In dit artikel beschrijven we de resultaten van de behandeling, waarbij de volgende vraagstellingen centraal staan:

- Is het alcoholgebruik afgenumen, vier weken na het volgen van de behandelingsmodule?
- Zijn de klachten afgenumen, vier weken na het volgen van de behandelingsmodule?
- Is de kwaliteit van leven toegenomen, vier weken na het volgen van de behandelingsmodule?

Om deze vragen te beantwoorden hebben we een prospectief onderzoek opgezet, met een prepostdesign. Doordat we geen experimenteel design hebben gevuld, realiseren we ons dat daardoor de veranderingen in de behandelingsperiode niet kunnen worden toegeschreven aan de behandeling. Na vier weken is een follow-up-meting uitgevoerd; de gegevens van deze meting zijn gebruikt om de drie vragen te kunnen beantwoorden.

Behandelingsmodule groepsgewijze ambulante detoxificatie

Doel van de module is dat patiënten snel kunnen beginnen met het ambulant detoxificeren van alcohol op een laagdrempelige manier.

Patiënten worden door huisartsen of consulenten aangemeld bij Novadic-Kentron, maar ook medewerkers van Novadic-Kentron verwijzen patiënten naar de behandelingsmodule.

De module gaat van start met een kennismakingsgesprek met de behandelaar van de module - een nurse-practitioner - en een medisch consult met de verslavingsarts. De nurse-practitioner beslist (onder supervisie van een arts) of ambulante detoxificatie van alcohol mogelijk is, aan de hand van in- en exclusiecriteria (zie tabel 1). Soms heeft een patiënt een sterke voorkeur voor ambulante detoxificatie, maar bestaat er twijfel over de haalbaarheid van deze behandeling. In dat geval worden patiënten geïncludeerd als er geen medische bezwaren zijn en onder de voorwaarde dat ze doorverwezen worden naar intramurale detoxificatie als dit noodzakelijk is.

De behandelingsmodule duurt vervolgens zes weken, waarin patiënten zes individuele en twaalf groepsbijeenkomsten bijwonen. Hierbij bestaat de mogelijkheid de individuele gesprekken 's avonds te plannen. Patiënten met een fulltime-baan worden minimaal eenmaal per week op de groepsbijeenkomst verwacht. Doordat de groepen open zijn, kan meteen met de behandeling worden begonnen. Een groep bestaat uit gemiddeld zes tot acht patiënten. Vanaf de eerste detoxificatiedag is er intensieve ondersteuning van de lichamelijke onthoudingsklachten door middel van het monitoren van de klachten, een duidelijk medicamenteus beleid en psycho-educatie. Medicatie voor de behandeling van onthoudingsklachten bestaat veelal uit benzodiazepinen; voor vitaminesuppletie wordt gezorgd. Voor medicatie ter ondersteuning van het abstinent blijven wordt disulfiram in overweging gegeven. Tijdens de individuele consulten en groepsbijeenkomsten is er een integratie van somatische, psychische en sociale behandelaspecten. Psycho-educatie en gedragstherapeutische technieken (zoals functieanalyse, zelfcontroletechnieken, voorlichting over slaapproblemen, goede voeding en daginvulling) worden gebruikt om inzicht te verkrijgen, herkenning op te roepen en leefstijlveranderingen door te zetten.

De groepsgewijze behandelingsmodule is ingebed in de behandelvisie van Novadic-Kentron, de 'community reinforcement approach' (CRA), waarbij de nadruk ligt op een positieve houding, het ontwikkelen van nieuwe activiteiten en het vinden van sociale bekrachtigers in de omgeving (Dijkstra & DeFuentes-Merillas, 2009). Tijdens de behandeling wordt zoveel mogelijk een belangrijke persoon uit de omgeving betrokken bij de behandeling en wordt lotgenotencontacten actief gestimuleerd (via zelfhulpgroepen).

Componenten van ambulante groepsgewijze detoxificatie

- Ambulant.
- Korte wachttijd.
- Laagdrempelig.
- Groepsgericht.
- Focus op lichamelijke ontwenning.
- Duidelijk medicamenteus beleid met aversieve medicatie (disulfiram).
- Nurse-practitioner is de spil.
- Voorbereiding op vervolgbehandeling.

Methode

INCLUSIE- EN EXCLUSIECRITERIA

De criteria waaraan patiënten met alcoholproblematiek respectievelijk wel en niet moeten voldoen zijn gebaseerd op de Richtlijn detox (zie tabel 1). Ambulante detoxificatie was alleen mogelijk voor patiënten van Novadic-Kentron uit de regio Eindhoven.

Tabel 1. Inclusie- en exclusiecriteria voor de selectie van patiënten met afhankelijkheid van alcohol voor het al dan niet toelaten tot de behandeling.

Inclusiecriteria	Intentie om minimaal zes weken te stoppen met alcoholgebruik Weinig ondersteuning nodig voor de detoxificatie; opname is niet noodzakelijk Laag bloedalcoholgehalte (BAC <0,5); de patiënt maakt een niet-geïntoxiceerde indruk Nog enige controle over het drinken (gedurende een deel van de dag) Geen of milde ontwenningverschijnselen in de voorgeschiedenis Geen ernstige lichamelijke aandoeningen en een redelijk tot goede lichamelijke conditie Voldoende zelfzorg Geen ernstig psychiatrisch toestandsbeeld Voorkeur voor ambulante detoxificatie
Exclusiecriteria	Suïcidaliteit Crisissituaties Ernstige psychiatrische stoornissen in engere zin (zoals psychotische stoornissen) Ernstige angststoornissen Verstandelijke beperkingen Complexe psychopathologie

ONDERZOEKGROEP

In de periode september 2008 tot en met februari 2009 (zes maanden) zijn vijftig patiënten aangemeld voor ambulante detoxificatie van alcohol (zie figuur 1). Van deze patiënten zijn er zeventien niet begonnen met ambulante detoxificatie. Het merendeel van hen ($n = 11$) voldeed niet aan de inclusiecriteria ‘intentie om zes weken te stoppen met drinken’. Met twee patiënten was geen telefonisch contact te krijgen, voor drie patiënten was een intramurale detoxificatie noodzakelijk en één patiënt was al twee maanden abstinent. Deze patiënten zijn terugverwezen naar hun behandelaar.

PROCEDURE

Tijdens het uitvoeren van de behandelingsmodule zijn vragenlijsten afgenumen bij aanvang van de module (baseline), na zes weken (eindgesprek) en bij follow-up vier weken na de laatste bijeenkomst. De BDI, CIDI-SAM en MMSE zijn gebruikt voor de populatiebeschrijving en werden afgenumen tijdens baseline. De CIWA-Ar is afgenumen tijdens baseline en aan het eind van de behandeling. De BSI, EuroQoL-5D en MATE Middelengebruik zijn afgenumen tijdens baseline en follow-up.

INSTRUMENTEN

- Beck Depression Inventory-Second Edition (BDI-II; Beck, Steer & Brown, 1996). Deze vragenlijst beoordeelt cognitieve, affectieve, somatische en vegetatieve symptomen overeenkomstig de DSM-IV-criteria voor depressie. Er zijn 21 vragen, waarbij de patiënt de meest karakteristieke uitspraak moet kiezen. De totaalscore indiceert een minimale (score 0-13), lichte (score 14-19), matig ernstige (score 20-28) of ernstige depressie (score 29-63).
- Brief Symptom Inventory (BSI; De Beurs & Zitman, 2006). Deze vragenlijst bestaat uit vragen over 53 symptomen, verdeeld over negen dimensies van psychopathologie: somatische klachten, cognitieve klachten, interpersoonlijke gevoeligheid, depressieve stemming, angst, hostiliteit, fobische angst, paranoïde gedachten en psychotisme. Elke dimensie bestaat uit vier tot zeven items. De patiënt vult op een vijfpunts-Likert-schaal (0 = helemaal geen; 4 = heel veel) in hoeverre hij last heeft gehad van deze symptomen in de afgelopen week (inclusief de dag van invullen). Voor elke dimensie en voor de gehele lijst (totaalscore) kan een score berekend worden door de gemiddelde score van de betreffende items te berekenen (range 0-4).

- Composite International Diagnostic Interview Substance Abuse Module (CIDI SAM; World Health Organisation, 2002). Met deze vragenlijst wordt de diagnose misbruik en afhankelijkheid van psychoactieve stoffen (alcohol) volgens de DSM-IV-criteria bepaald. De lijst bestaat uit dertien ja/nee-vragen.
- Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol (CIWA-Ar; Sullivan e.a., 1989). Dit is een gecombineerde vragen-/observatielijst die tijdens het detoxificatieproces door een verpleegkundige wordt afgenomen. De lijst bestaat uit tien voor alcoholonthouding relevante symptoomgroepen met een score van 0-7 (vraag 10 heeft een score van 0-4). De maximale score is 67 (0-9 = minimale of geen onthoudingsverschijnselen; 10-19 = milde tot gemiddelde onthoudingsverschijnselen; 20 of hoger = ernstige onthoudingsverschijnselen).
- EuroQol-5D (Svensson, 2001). Deze vragenlijst bestaat uit vijf domeinen (mobiliteit, zelfzorg, activiteiten, pijn/ongemak en angst/depressie) met drie antwoordmogelijkheden. Hieruit wordt een gewogen gezondheidsindex afgeleid (0 = overleden; 1 = perfect gezond). Aan dit instrument is een Visual Analogue Scale (VAS) gekoppeld, waarbij de patiënt op een lijn van 100 mm het niveau van zijn huidige gezondheid aangeeft (hoe hoger de score, des te beter de gezondheid).
- Meten van Addicties voor Triage en Evaluatie (MATE; Schippers, Broekman & Buchholz, 2007). Deze vragenlijst stelt klinisch relevante patiëntkenmerken in de verslavingszorg vast. Voor het huidige onderzoek is sectie 1 gebruikt om het middelengebruik vast te stellen. In dit onderdeel wordt gevraagd welke middelen gebruikt zijn in de afgelopen dertig dagen (aantal dagen en hoeveelheid) en het gehele leven (totaal aantal jaren gebruik van minstens drie dagen per week).
- Mini Mental State Examination (MMSE; Kok & Verhey, 2002). Deze vragenlijst wordt gebruikt om cognitieve stoornissen vast te stellen en bestaat uit elf items gericht op oriëntatie in tijd en plaats, geheugen, concentratie, taal, rekenen, praxis en visuoconstructie (op elk item kunnen 1, 3 of 5 punten gescoord worden; de score loopt van 0-30). De interpretatie is afhankelijk van de leeftijd, geslacht en opleidingsniveau. (Over het algemeen kan gezegd worden: 28-30 = goede cognitieve functies; 24-27 = normale tot licht gestoorde cognitieve functies; 23-19 = aantasting cognitieve functies; <18 = ernstige cognitieve stoornis.)

ANALYSES

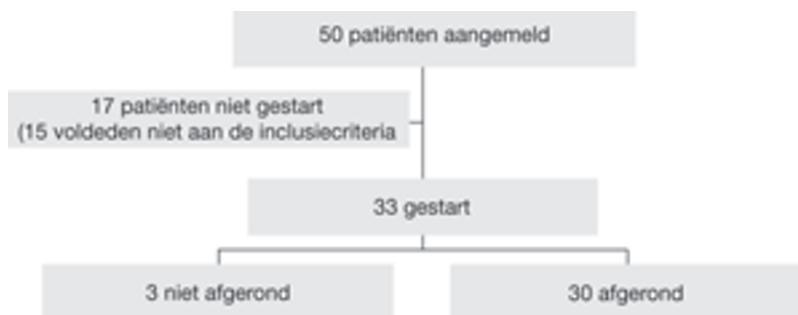
De analyses zijn verricht met het statistische softwareprogramma SPSS 15.0.1. Sociodemografische verschillen tussen patiënten die aan de behandeling begonnen en patiënten die dat niet deden werden berekend met behulp van onafhankelijke t-testen en de χ^2 -test (Pearson). Verschillen tussen de meetmomenten werden berekend met behulp van gepaarde t-testen. Daarbij was alcoholgebruik de primaire uitkomstmaat en waren (onthoudings)klachten en kwaliteit van leven secundaire uitkomstmaten. De effectgrootte werd berekend met Cohens d. Cohen (1988) beschreef vuistregels voor de interpretatie van het effect: geen effect ($d \leq 0,2$), een klein effect ($0,2-0,5$), een middelgroot effect ($0,5-0,8$) en een groot effect ($d > 0,8$). Alle statistische testen waren tweezijdig en een p -waarde van 0,05 of minder werd beschouwd als statistisch significant.

Resultaten

INSTROOM MODULE

In totaal zijn 33 patiënten met de module van start gegaan. Drie patiënten rondden de module niet af; zij hadden een terugval tijdens de module. Een van hen koos voor gecontroleerd drinken, de andere twee werden opgenomen voor intramurale detoxificatie. Dit was vooraf met deze patiënten besproken.

De verhouding man/vrouw is 20/13, met een gemiddelde leeftijd van 46,3 jaar ($SD = 9,8$). Van de deelnemers waren er dertien gescheiden en was ruim een kwart getrouwd. Het aantal jaren dat regelmatig alcohol werd gedronken (minimaal drie dagen per week) was 17,7 jaar. Op één patiënt na vulden alle patiënten de CIDI-SAM in. Deze patiënten voldeden allen aan de criteria van alcoholafhankelijkheid volgens de



Figuur 1 Overzicht van het aantal patiënten dat deelnam aan de studie.

DSM-IV. De patiënten die aan de behandeling begonnen, verschilden niet van de patiënten die niet begonnen zijn wat betreft leeftijd, geslacht en burgerlijke staat.

Bijna een derde deel van de patiënten liet op de BDI-II symptomen zien van een ernstige depressie (>29) en een kwart van een matig ernstige depressie (>20). Bij één patiënt was er voorafgaand aan de detoxificatie sprake van aantasting van de cognitieve functies (MMSE-score 23), bij één patiënt was er sprake van ernstige aantasting van de cognitieve functies (MMSE-score 17).

ALCOHOLGEBRUIK

Met behulp van de MATE werd het drankgebruik vastgesteld. Bij aanvang van de module hadden de patiënten gemiddeld 25,3 dagen alcohol gedronken in de afgelopen dertig dagen. Zij dronken gemiddeld 14,0 glazen per keer. Zowel het aantal dagen waarop alcohol gedronken werd (gemiddeld 4,2 dagen per maand) als het aantal eenheden dat geconsumeerd werd (gemiddeld 2,4 glazen per maand), was bij follow-up significant afgangen. Deze afname was ook klinisch relevant, zoals blijkt uit de grote effectgrootten (zie tabel 2).

Bij follow-up waren twintig patiënten abstinent. Van hen waren er dertien gedurende de follow-up-periode van vier weken volledig abstinent; zeven patiënten hadden eenmalig alcohol gedronken. Drie patiënten vielen terug in continu gebruik (dertig dagen). Bij de overige zes patiënten varieerde het aantal drinkdagen van twee tot zes dagen. Van vier patiënten was het alcoholgebruik niet bekend tijdens follow-up.

ONTHOUDENGSVERSGHJNSELEN EN KLACHTEN

De gemiddelde score van onthoudingsverschijnselen, gemeten met de CIWA, bedroeg 9,3 bij baseline en 2,4 bij de afronding van de module. Drie patiënten rapporteerden tijdens baseline ernstige onthoudings-

Tabel 2. Resultaten alcoholgebruik, gerapporteerd met de MATE.

Alcoholgebruik	N	Baseline gemiddelde (SD)	Follow-up gemiddelde (SD)	T (p-waarde)	Effectgrootte
Totaalscore aantal dagen gebruik	29	25,3 (8,7)	4,2 (9,1)	7,4 (<0,001)	2,4
Totaalscore aantal eenheden gebruik	29	14,0 (10,1)	2,4 (3,4)	6,0 (<0,001)	1,5

symptomen, elf patiënten milde en zeventien patiënten minimale onthoudingssymptomen. Bij afronding van de module rapporteerden nog slechts twee patiënten milde onthoudingssymptomen.

De patiënten scoorden aan het begin van de behandeling boven gemiddeld op de BSI ten opzichte van een gemiddelde poliklinische ggz-populatie en zeer hoog ten opzichte van de algemene bevolking. Gedurende de behandelingsmodule was een duidelijke en significante afname te zien in deze klachten (zie tabel 3), waardoor ze nog steeds hoog scoorden ten opzichte van de gewone bevolking, maar beneden gemiddeld ten opzichte van een gemiddelde poliklinische populatie. De subschalen somatische klachten, depressieve stemming en angst werden afzonderlijk geanalyseerd, omdat deze klachten veelvuldig gerapporteerd worden door patiënten met alcoholproblemen. Alle drie de subschalen waren significant minder, met depressie als grootste verschil.

KWALITEIT VAN LEVEN

De resultaten van de EuroQol en EuroQol VAS lieten zien dat de waardering voor de gezondheidstoestand tijdens follow-up significant hoger was dan bij baseline (zie tabel 4). De score op de VAS bleven echter lager (74,6) ten opzichte van de gemiddelde Nederlandse bevolking (81,4).

Tabel 3. Resultaten van de klachten die werden gerapporteerd met de BSI.

Klachten	N	Baseline gemiddelde (SD)	Follow-up gemiddelde (SD)	T (p-waarde)	Effectgrootte
Totaalscore BSI	30	1,3 (0,6)	0,7 (0,62)	4,8 (<0,001)	0,9
Subschaal somatisatie	30	1,1 (0,9)	0,5 (0,51)	3,7 (<0,001)	0,9
Subschaal depressie	30	1,8 (0,9)	0,9 (0,75)	5,0 (<0,001)	1,1
Subschaal angst	30	1,4 (0,9)	0,8 (0,81)	3,8 (<0,001)	0,7

Tabel 4. Resultaten kwaliteit van leven gerapporteerd met de EuroQol.

Kwaliteit van leven	N	Baseline gemiddelde (SD)	Follow-up gemiddelde (SD)	T (p-waarde)	Effectgrootte
EQ-5D	25	0,6 (0,0)	0,8 (0,0)	-4,4 (<0,001)	-5,5
VAS Gezondheids-toestand	26	51,7 (16,2)	74,6 (9,0)	-7,3 (<0,001)	-1,7

Discussie

Deze studie richtte zich op de evaluatie van een groepsgewijze ambulante alcoholdetoxificatie. De primaire uitkomstmaat was het alcoholgebruik. Ook werd onderzocht of er een afname was in klachten en onthoudingsverschijnselen en een toename in levenskwaliteit. De resultaten laten zien dat patiënten bij follow-up zowel significant minder dagen als minder glazen alcohol per dag dronken. Een groot deel van de patiënten was vier weken na de module nog steeds abstinent (61%). Deze resultaten komen overeen met andere internationale studies, waarin overeenkomstige abstinenciecijfers gerapporteerd worden (Di Nicola e.a., 2007; Feeney e.a., 2006; Furieri & Nakamura-Palacios, 2007; Rubio e.a., 2005). Op twee patiënten na waren alle onthoudingssymptomen binnen zes weken verdwenen. Patiënten ervaarden na de behandeling minder klachten in het algemeen en minder klachten met betrekking tot somatische klachten, depressieve stemming en angst. Ook rapporteerden patiënten een significante toename van kwaliteit van leven.

In deze studie werden grote effectgrootten ($d > 0,8$) gevonden. Grote klinische veranderingen op het gebied van angst, depressie en algemeen functioneren werden ook gevonden in andere detoxificatiestudies (Liappas e.a., 2002; Malcolm e.a., 2002; Paparrigopoulos e.a., 2007). Dit veronderstelt dat een groot deel van deze klachten direct gerelateerd kunnen worden aan het alcoholmisbruik, al moet er wel onderscheid gemaakt tussen klachten en stoornissen (Driessen e.a., 2001). Patiënten met een comorbide angststoornis hebben meer kans om terug te vallen (Kushner e.a., 2005; Smith & Book, 2008).

Onze populatie had relatief weinig onthoudingssymptomen bij baseline. Dit kan waarschijnlijk verklaard worden door de ondersteunende medicatie die patiënten kregen tijdens het detoxificatieproces. De verhouding man/vrouw in de module was 60/40%. Dit betekent dat er met deze module meer vrouwen bereikt kunnen worden dan met de traditionele ‘face to face’-behandeling, die een verhouding van 75/25% kent (Ouwéhand, Kuijpers, Wisselink & Van Delden, 2007).

Er waren meerdere patiënten met alcoholafhankelijkheid die gezien de ernst van de problematiek eigenlijk voor een intramurale opname geïndiceerd moesten worden, maar een duidelijke voorkeur hadden voor een ambulant traject. De module bleek ook voor deze doelgroep goed te volgen. Voor twee patiënten was de module een goede tussenstap naar een intramurale behandeling.

Door het ontbreken van een controlegroep kan niet van effectiviteit gesproken worden. De resultaten zouden namelijk verklaard kunnen worden door andere factoren dan de behandeling zelf. Gezien de

grote statistisch significante verschillen en effectgrootten zijn de resultaten bemoedigend. Doordat er een follow-up-meting heeft plaatsgevonden vier weken na het afsluiten van de module, kan niets gezegd worden over lange-termijnresultaten van de module. Anderzijds zullen lange-termijnresultaten meer het effect zijn van de vervolgbehandeling dan van deze kortdurende detoxificatiemodule. Detoxificatie zonder nazorg is bij deze doelgroep niet aan te raden.

Geconcludeerd kan worden dat de groepsgewijze behandelingsmodule positief gewaardeerd werd door de patiënten. Na een periode van vier weken volgend op afsluiting van de behandelingsmodule was er een significante en klinisch relevante vermindering van de frequentie van het alcoholgebruik, de hoeveelheid alcohol die gebruikt werd en de klachten ten opzichte van de baseline-meting. De kwaliteit van leven was aan het einde van diezelfde periode toegenomen in vergelijking met de baseline. De ontwikkelde groepsgewijze ambulante detoxificatiemodule lijkt het hiaat te kunnen opvullen tussen de individuele ambulante en intramurale detoxificatie van alcohol.

Literatuur

- Beck, A.T., Steer, R.A., & Brown, G.K. (1996). *Manual for Beck Depression Inventory II (BDI-II)*. San Antonio, TX: Psychology Corporation.
- Beurs, E. de, & Zitman, F. (2006). The Brief Symptom Inventory (BSI): Betrouwbaarheid en validiteit van een handzaam alternatief voor de SCL-90. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 61, 120-141.
- De Jong, C.A., Hoek, A.F.M. van, & Jongerhuis, M. (2004). Richtlijn detox: verantwoord ontgaften door ambulante of intramurale detoxificatie. Amersfoort: GGZ Nederland.
- Di Nicola, M., Martinotti, G., Tedeschi, D., Frustaci, A., Mazza, M., Sarchiapone, M., e.a. (2007). Pregabalin in outpatient detoxification of subjects with mild-to-moderate alcohol withdrawal syndrome. *Human Psychopharmacology*, 25, 268-275.
- Dijkstra, B.A., & DeFuentes-Merillas, L. (2009). *Moduleboek CRA*. Vught: Novadic-Kentron.
- Driessen, M., Meier, S., Hill, A., Wetterling, T., Lange, W., & Junghanns, K. (2001). The course of anxiety, depression and drinking behaviours after completed detoxification in alcoholics with and without comorbid anxiety and depressive disorders. *Alcohol and Alcoholism*, 36, 249-255.
- Feeney, G.F., Connor, J.P., Young, R.M., Tucker, J., & McPherson, A. (2006). Combined acamprosate and naltrexone, with cognitive behavioural therapy is superior to either medication alone for alcohol abstinence: A single centres' experience with pharmacotherapy. *Alcohol and Alcoholism*, 41, 321-327.
- Furieri, F.A., & Nakamura-Palacios, E.M. (2007). Gabapentin reduces alcohol consumption and craving: A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68, 1691-1700.

- Graaf, R. de, Have, M. ten, & Dorsselaer, S. van (2010). *De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Kok, R.M., & Verhey, F.R.J. (2002). Gestandaardiseerde MMSE.
- Kushner, M.G., Abrams, K., Thuras, P., Hanson, K.L., Brekke, M., & Sletten, S. (2005). Follow-up study of anxiety disorder and alcohol dependence in comorbid alcoholism treatment patients. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 29, 1432-1443.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling GGZ (2009). *Multidisciplinaire richtlijn stoornissen in het gebruik van alcohol. Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van patiënten met een stoornis in het gebruik van alcohol*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Liappas, J., Paparrigopoulos, T., Tzavellas, E., & Christodoulou, G. (2002). Impact of alcohol detoxification on anxiety and depressive symptoms. *Drug and Alcohol Dependence*, 68, 215-220.
- Malcolm, R., Myrick, H., Roberts, J., Wang, W., Anton, R.F., & Ballenger, J.C. (2002). The effects of carbamazepine and lorazepam on single versus multiple previous alcohol withdrawals in an outpatient randomized trial. *Journal of General Internal Medicine*, 17, 349-355.
- Ouwehand, A.W., Kuijpers, W.G.T., Wisselink, D.J., & Delden, E.B. van (2010). *Kerncijfers verslavingszorg 2008*. Houten: Stichting Informatie Voorziening Zorg.
- Paparrigopoulos, T.J., Tzavellas, E.O., Komporozos, A.P., Liappas, J.A., & Soldatos, C.R. (2007). Impact of various psychopharmacological agents on anxiety, depressive symptoms and global functioning during alcohol detoxification. *European Psychiatry*, 22, S101-S220.
- Rubio, G., Ponce, G., Rodriguez-Jimenez, R., Jimenez-Arriero, M.A., Hoenicka, J., & Palomo, T. (2005). Clinical predictors of response to naltrexone in alcoholic patients: who benefits most from treatment with naltrexone? *Alcohol and Alcoholism*, 40, 227-233.
- Schippers, G.M., Broekman, T.G., & Buchholz, A. (2007). MATE 2.0. Handleiding en protocol. Nijmegen: Bêta Boeken.
- Smith, J.P., & Book, S.W. (2008). Anxiety and substance use disorders: A review. *Psychiatric Times*, 25, 19-23.
- Sullivan, J.T., Sykora, K., Schneiderman, J., Naranjo, C.A., & Sellers, E.M. (1989). Assessment of alcohol withdrawal: The revised Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol scale (CIWA-Ar). *British Journal of Addiction*, 84, 1353-1357.
- Svensson, E. (2001). Construction of a single global scale for multi-item assessments of the same variable. *Statistics in Medicine*, 20, 3831-3846.
- World Health Organisation (2002). *Composite International Diagnostic Interview Substance Abuse Module - CIDI SAM*. Genève: WHO.